

BVGer C-5008/2016 vom 23. August 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-08-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5008_2016

FR: TAF C-5008/2016 du 23 août 2017

IT: TAF C-5008/2016 del 23 agosto 2017

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

E. 2

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist bei Grenzgängerinnen und Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet diese eine Erwerbstätigkeit ausüben, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgängerinnen und Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die grenzüberschreitende Tätigkeit zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen. Die Beschwerdeführerin war zuletzt - bis zum gesundheitsbedingten Abbruch der beruflichen Tätigkeit - als Grenzgängerin in B._____, im Kanton D._____, erwerbstätig und lebte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in Frankreich, wo sie heute noch lebt. Unter diesen Umständen war die IV-Stelle D._____ für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung und die IVSTA für den Erlass der angefochtenen Verfügung zuständig.

E. 3

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstands des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 17. Juni 2016, mit welcher die Vorinstanz das Gesuch der Beschwerdeführerin um die Gewährung einer Invalidenrente abgewiesen hat. Prozessthema ist daher vorliegend die Frage, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat.

E. 4

Vorab ist zu prüfen, welche Rechtsnormen im vorliegenden Verfahren zur Anwendung gelangen.

E. 4.1

Die Beschwerdeführerin ist italienische Staatsangehörige und lebt in Frankreich, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs werden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (nachfolgend: Verordnung), und die Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 (nachfolgend: Durchführungsverordnung) oder gleichwertige Vorschriften an. Die vorerwähnten Verordnungen sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden. Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Im Rahmen des FZA ist die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne der erwähnten Koordinierungsverordnungen zu betrachten (vgl. Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA). Soweit weder das FZA noch die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung.

E. 4.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 17. Juni 2016) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Diese sind indessen soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1). Die Beschwerdeführerin hat dem Bundesverwaltungsgericht mit ihrer Eingabe vom 1. November 2016 (Replik) diverse neue medizinische Unterlagen eingereicht, welche zum Teil erst nach dem vorliegend massgebenden Zeitpunkt vom 17. Juni 2016 datieren. Nach dem Gesagten können diese Berichte vorliegend lediglich berücksichtigt werden, soweit sie Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung erlauben.

E. 4.3

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 17. Juni 2016 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 4.4

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG). Diese Voraussetzungen müssen kumulativ gegeben sein. Vorliegend hat die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Anmeldung während 17 Jahren in der Schweiz als Grenzgängerin gearbeitet, womit die Voraussetzung bezüglich der Beitragszeiten zweifellos erfüllt ist.

E. 4.5

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 4.6

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

E. 4.7

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person bei einer Invalidität von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente sowie bei einer Invalidität von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente sowie bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG (SR 831.20) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Das auf die Beschwerdeführerin anwendbare FZA (vgl. E. 3.1) sieht diesbezüglich eine Ausnahme vor. So können gestützt auf das FZA und seine Verordnungen - abweichend von

Art. 29 Abs. 4 IVG - auch Viertelsrenten ins Ausland ausbezahlt werden, wenn die Begünstigte nicht in der Schweiz, sondern in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union wohnt (vgl. 130 V 253 E. 2.3).

E. 4.8

Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht. Zu prüfen ist daher vorliegend, ob zwischen dem 26. Mai 2013 (sechs Monate nach der Anmeldung) und dem 17. Juni 2016 (Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung) ein Rentenanspruch entstanden ist.

E. 4.9

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 m.w.H.). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidsbedingt eingeschränkt ist. Im Vordergrund stehen dabei vor allem jene Funktionen, welche für die nach der Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung beziehungsweise von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 20 E. 2b).

E. 4.10

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc m.w.H.). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu Urteil des BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen.

E. 4.11

Aufgabe des RAD ist es, aus medizinischer Sicht - als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Die Stellungnahmen des RAD müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht (vgl. oben E. 4.4 Abs. 2) genügen. Die Ärztinnen und Ärzte müssen über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a; Urteil BGer 9C_904/2009 vom 7. Juni 2010 E. 2.2). Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Ärztinnen und Ärzte des RAD ihre Beurteilungen nicht aufgrund eigener Untersuchungen abgeben, sondern lediglich die vorhandenen Befunde aus versicherungsmedizinischer Sicht zu würdigen haben. Ihre Stellungnahmen können - wie Aktengutachten - beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 und 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 m.w.H.). Soll im Gerichtsverfahren einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die (versicherungsinterne) Beurteilung des RAD entschieden werden, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 135 V 465; 122 V 157 E. 1d; Urteile BGer 8C_874/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3 und 9C_8/2011 vom 21. Februar 2011 E. 4.1.3).

E. 5

In der angefochtenen Verfügung stützte sich die Vorinstanz hauptsächlich auf das eingeholte polydisziplinäre Gutachten des K. _____ vom 5. November 2015 sowie die diesbezüglich eingeholten RAD-ärztlichen Stellungnahmen. Daneben liegen verschiedene Berichte der die Versicherte behandelnden Ärzte vor. Im Nachfolgenden sind die vorliegenden medizinischen Unterlagen im Einzelnen darzulegen.

E. 5.1

Dr. med. R. _____ der Onkologie (...), S. _____, stellte im Bericht vom 6. März 2012 die Diagnose eines follikulären Lymphoms des Grades 1-2, Stadium IV A ED 5/06. Er habe mit der Versicherten vereinbart, keine weitere Diagnostik vorzunehmen und die Mabthera-Erhaltungstherapie fortzusetzen. Neue Abklärungen sollten erst bei neuen Symptomen erfolgen (IV-act. 74 S. 9).

E. 5.2

Im Bericht vom 12. Juni 2012 erklärte Dr. med. T. _____, leitender Arzt der Abteilung Pathologie des Universitätsspitals B. _____, aufgrund des Nachweises von Blasten, einer hohen proliferativen Aktivität sowie der klinischen Angaben könne insgesamt die Diagnose eines sekundär transformierten, diffus grosszelligen B-Zellen-Lymphoms ex follikulärem Lymphom gestellt werden, wobei flächige Verbände von Blasten allerdings nur sehr kleinherdig vorhanden seien, was einerseits auf die ausgedehnten Quetschartefakte sowie andererseits auf die ausgedehnte Begleitfibrose bei dieser intraossären Läsion zurückzuführen sei (IV-act. 23 S. 1 f.).

E. 5.3

Dr. med. R. _____ erklärte im Bericht vom 10. Oktober 2012 zu Händen der (...) Versicherungsgesellschaft AG, er habe die Versicherte am 15. Juni 2012 zuletzt gesehen. Der aktuelle Grund der Arbeitsunfähigkeit sei ihm unbekannt. Seit Herbst 2011 sei das follikuläre Lymphom mit vor allem ossärem und paraossärem Befall deutlich aktiv geworden, was Schmerzen lumbal im Bereich des linken Beckens verursacht habe. Unter der Therapie mit Mabthera weekly habe sich im Januar 2012 eine erfreuliche Remission nachweisen lassen, bei einem im rechten Os ileum verbleibenden progredienten Herd. Im Mai 2012 habe sich der Zustand erneut verschlechtert. Die offene Biopsie habe vor allem eine Transformation in ein diffus grosszelliges B-Zell-Zymphom bestätigt. Die Versicherte habe sich gegen eine Chemo- oder Strahlentherapie entschieden (IV-act. 6 S. 4).

E. 5.4

Dr. med. U. _____ des Centre Hospitalier de E. _____ berichtete am 25. Oktober 2012, er habe die Versicherte untersucht wegen zervikalen und inguinalen Adenopathien. Die Tomographie habe einen starken ganglionären Hypermetabolismus oberhalb und unterhalb des Zwerchfelles, hypermetabolische Gewebeläsionen innerhalb des M. subscapularis links bei ganglionärem Verlauf sowie einen stark ausgebildeten mandibulären hypermetabolischen (dentalen) Herd rechts gezeigt. Dr. med. U. _____ schloss auf einen intensiven ganglionären Hypermetabolismus ungewissen Ursprungs mit einem deutlich gesteigerten Stoffwechsel in den Ganglien/Nervenknotten und zog das Vorliegen eines aggressiven Lymphoms, Stadium IV, in Betracht (IV-act. 23 S. 6 f. und 10 f.).

E. 5.5

Gemäss dem Bericht vom 30. Oktober 2012 befanden die Dres. med. V. _____ und W. _____ des Centre Hospitalier de E. _____ nach durchgeführter Computertomographie "Thorax-Abdomen-Becken", es bestehe eine deutliche Gewebeeinfiltration der Ganglienherde in den Bereichen Abdomen-Becken. Im Bereich der Arteria ischiatica posterior seien Ganglien mit einer Grösse von über einem Zentimeter zu erkennen (IV-act. 23 S. 3, 5, 9 und 14).

E. 5.6

Im Bericht vom 6. November 2012 stellte Dr. med. X. _____ des Zentrums für Pathologie und Genetik des Centre Hospitalier de E. _____ endgültig das Vorliegen eines Lymphoms des Typus B fest (IV-act. 23 S. 8 und 12).

E. 5.7

Gemäss dem Untersuchungsbericht der Dres. V. _____ und Y. _____ des Centre Hospitalier de E. _____ vom 17. Januar 2013 sei die retro-peritoneale latero-vertebrale Gewebeschädigung rechts, gleichfalls wie das Gewebeaussehen des Adnex rechts völlig abgeklungen, lediglich hinten rechts bestehe eine feine Verdickung der retrorenalen Faszie fort. Das Erscheinungsbild der rechten Darmbeinschaukel sowie der grossen und kleinen Gesässmuskeln rechts habe sich im Vergleich zur Computertomographie vom 30. Oktober 2012 vollständig zurückgebildet. Im Bereich Thorax-Abdomen-Becken liege kein signifikanter Ganglienherd vor. Hingegen sei eine minimale diffuse Infiltration im retro-renalen Bereich sowie um den grossen und kleinen Gesässmuskel herum in der Form einer Langzeitschädigung (IV-act. 23 S. 4 und 13).

E. 5.8

Mit Bericht vom 3. Februar 2013 teilte Dr. med. G. _____ mit, die Versicherte leide seit 2006 an einem Non-Hodgkin-Lymphom des Typus 1, welches sich in ein diffuses Lymphom mit grossen B-Zellen entwickelt habe. Er behandle die Versicherte ambulant seit dem 18. November 2008 und habe sie am 7. Dezember 2012 das letzte Mal gesehen. Das Lymphom befinde sich im Stadium IV mit vielen kleinen mesenterialen Adenopathien, bei zu 15 % medullärer Infiltration. Im Jahr 2011 sei die Versicherte zwecks Ganglion-Biopsie links hospitalisiert worden. Diese habe ein diffuses Lymphom B mit grossen zentroblastischen Zellen ergeben. Seit dem 15. März 2012 sei die Versicherte bis auf Weiteres voll arbeitsunfähig (IV-act. 15).

E. 5.9

Mit Stellungnahme vom 16. April 2013 stellte Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin des RAD der kantonalen IV-Stelle, als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein sekundär transformiertes, diffuses, grosszelliges, zentroblastisches B-Zellen-Lymphom fest. Aufgrund der schwerwiegenden Tumorerkrankung mit eher ungünstiger Prognose, der durchgeführten Therapiemassnahmen und der resultierenden Probleme könne eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres nachvollzogen werden. Der Gesundheitszustand sei instabil. Eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands durch laufende Therapiemassnahmen sei jedoch nicht auszuschliessen. Dr. med. F. _____ schlug deshalb vor, den attestierten Arbeitsunfähigkeiten der behandelnden Ärzte sowohl für die Arbeitsfähigkeit im bisherigen Beruf als auch für die an das Leiden angepassten Verweisungstätigkeiten zu folgen (IV-act. 25).

E. 5.10

Im Bericht vom 25. August 2013 erklärte der Allgemeinmediziner Dr. med. G. _____, die Versicherte leide an einem folliculären Non-Hodgkin-Lymphom des Typus 1, das sich zu einem diffusen, grosszelligen B-Lymphom entwickelt habe und durch Chemotherapie R-CHOP behandelt worden sei. Es werde eine Remission erwartet, die Bilanz der Neubeurteilung sei jedoch abzuwarten. Die Versicherte klage hauptsächlich über Asthenie, Übelkeit und inguinale Schmerzen. Die Abwesenheit vom Arbeitsplatz sei durch die Chemotherapie und die mit der Behandlung verbundenen sekundären Beeinträchtigungen zu rechtfertigen. Die Prognose sei ungewiss (IV-act. 30 S. 2).

E. 5.11

Gemäss dem Bericht von Dr. med. H. _____, Klinikarzt, Abteilung für Hämatologie des Centre Hospitalier de E. _____, vom 21. Oktober 2013 liegt bei der Versicherten seit 2006 ein Non-Hodgkin-Lymphom B vor, das sich anschliessend transformiert habe in ein ab 2012 bestehendes diffuses, grosszelliges B-Lymphom. Ebenfalls bestehe seit 2013 eine kutane Sarkoidose (das heisst eine granulomatöse Entzündung der Haut). Die vom 2. November 2012 bis zum 20. Februar 2013 durchgeführte Immun-Chemotherapie (ambulant) habe voll angeschlagen. Den Vorschlag einer Intensivierung der Therapie mit anschliessendem Autotransplantat habe die Versicherte abgelehnt. Die Versicherte leide ausserdem seit 2013 an infiltrierenden Läsionen an den Narben, was auf eine Sarkoidose hindeute. Einschränkend für die Arbeitsfähigkeit seien psychologische Störungen sowie eine rasche Ermüdung, selbst bei leichten Übungen. Eine Wiederaufnahme der Arbeit erscheine möglich, wenn die Behandlung des Lymphoms langfristig anschlage. Angepasste berufliche Tätigkeiten sollten in unterschiedlichen Positionen ausgeübt werden. Bücken,

Arbeiten über Kopf, Kauern, Knien, Drehbewegungen, Heben/Tragen sowie Treppen steigen seien möglich (IV-act. 35 S. 2 ff.).

E. 5.12

In der Stellungnahme vom 6. Dezember 2013 hielt RAD-Arzt Dr. med. F._____ fest, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei der Bericht des Facharztes Dr. med. H._____ ausschlaggebend. Hiernach sei die Versicherte zumindest seit der letzten Kontrolle vom 10. September 2013 wieder ganztags voll arbeitsfähig in einer zumutbaren, wechselbelastenden Verweistungstätigkeit (wobei Bücken, Überkopfarbeiten, Kauern, Knien, Rotationen im Sitzen/Stehen, Heben/Tragen und Treppensteigen möglich seien). Dr. med. F._____ ergänzte, die Tätigkeiten sollten von lediglich leichtem bis in Ausnahmen mittelschwerem Ausmass und ohne grössere Stressbelastung durchführbar sein. Er könne nicht beurteilen, ob diese Voraussetzungen bei der Tätigkeit im Betrieb des Ehemannes gewährleistet seien. Für die Arbeitsfähigkeit bis zum 10. September 2013 empfehle er, die attestierten Arbeitsunfähigkeiten gemäss Dr. med. G._____ für alle Tätigkeiten zu übernehmen (IV-act. 36).

E. 5.13

Gemäss Untersuchungsbericht von Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 19. September 2014 hat sich das im Jahr 2006 entdeckte Non-Hodgkin-Lymphom verschlechtert. Daneben lägen Asthenie/Ermüdung bei den alltäglichen Bewegungen und eine reaktive Angstdepression vor. Der Gesundheitszustand erfordere zusätzliche Untersuchungen (IV-act. 64 S. 2).

E. 5.14

Im Bericht vom 25. November 2014 bescheinigte Dr. med. I._____ der Versicherten eine volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Art von Arbeit bis Ende 2014 (IV-act. 71 S. 2).

E. 5.15

Gemäss dem nicht datierten ärztlichen Bericht (Eingang bei der kantonalen IV-Stelle am 15. Dezember 2014) von Dr. med. H._____ ist bei der Versicherten im Jahr 2006 ein folliculäres, jedoch nicht transformiertes, diffuses, grosszelliges (B Ende 2012) Non-Hodgkin-Lymphom aufgetreten. Das fortschreitende folliculäre Lymphom sei durch Chemo-Immuntherapie des Typus R-CHOP 21 behandelt worden. Dr. med. H._____ habe die Versicherte von Mai bis November 2012 behandelt. Gegenwärtig seien Asthenie, Dysästhesie der Hände mit Knochenschmerzen symptomatisch. Die Versicherte beklage Gedächtnisverlust. Die Prognose sei davon abhängig, ob die Erkrankung andauere oder ob eine vollständige Remission erreicht werde. Bei Rückfall der Erkrankung sei eine Intensivierung der Therapie vorgesehen mit anschliessendem Autotransplantat. Die Arbeitsfähigkeit sei schwer einzuschätzen, nachdem die berufliche Tätigkeit im Oktober 2012, dem Zeitpunkt der Transformation des Lymphoms, aufgegeben worden sei. Eine wahrscheinlich eher leichte periphere Neuropathie an den Händen schränke die Arbeitsfähigkeit ein. Angepasste berufliche Tätigkeiten sollten in unterschiedlichen Positionen ausgeübt werden. Bücken und Treppensteigen seien möglich, nicht aber Kauern, Knien, Ausführen von Drehbewegungen, Heben/Tragen sowie Besteigen von Leitern/eines Gerüsts. Möglich erscheine ein ruhiger Arbeitsplatz bei einer körperlich wenig anstrengenden Arbeit (IV-act. 74).

E. 5.16

Gemäss dem nicht datierten Bericht (Eingang bei der kantonalen IV-Stelle am 19. Februar 2015) von Dr. med. J. _____, behandelnder Psychiater der Versicherten, leidet die Versicherte an "Angst und depressive Störung gemischt" (ICD-10 F41.2). Sie werde seit dem 8. Dezember 2008 ambulant mittels Psychotherapie behandelt (IV-act. 77).

E. 5.17

In einem ebenfalls nicht datierten ärztlichen Bericht (Eingang bei der kantonalen IV-Stelle am 2. April 2015) diagnostizierte Dr. med. I. _____ ein seit 2006 bestehendes Non-Hodgkin-Lymphom, eine chronische Lumboischialgie, Asthenie/Ermüdung bei Anstrengung sowie eine Empfindlichkeit für saisonal auftretende Infektionen. Er behandle die Versicherte seit 2014 ambulant. Der hämatologische Befund sei mit Chemotherapie behandelt worden. Gegenwärtig seien Müdigkeit, Asthenie, Ermüdung bei Anstrengung/Dorsolumbalgie/Ischialgie sowie ein Rezidiv der Rhinopharyngitis/Bronchitis symptomatisch. Die Versicherte beklage ausserdem eine reaktive Angstdepression. Seit dem 20. August 2014 sei sie zu 100 % arbeitsunfähig für ihren Arbeitsplatz als Verkäuferin in der Bäckerei. Die Versicherte dürfe nicht länger stehen, keine schweren Lasten tragen und keine sich ständig wiederholenden Bewegungen ausführen (IV-act. 79).

E. 5.18

Im Bericht vom 5. Mai 2015 hielt Dr. med. I. _____ fest, die Versicherte leide an den Folgen eines diagnostizierten Non-Hodgkin-Lymphoms, das ärztlich behandelt worden sei und regelmässiger fachärztlicher Beobachtung bedürfe. Die Erkrankung bedinge eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit bis zum 2. Juni 2015. Insbesondere von September 2014 bis März 2015 sei die Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (IV-act. 84 S. 1).

E. 5.19

Im polydisziplinären Gutachten des K. _____ vom 5. November 2015 stellten die Gutachter insgesamt die nachfolgenden Diagnosen mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Follikuläres Lymphom Grad I-II Stadium IVa, ED 5/2006, FLIPI low risk (1/5): Mai 2006: Lymphknotenexstirpation zervikal rechts. Histologisch: follikuläres Lymphom Grad I, CD20 und BCL2 positiv, MIB-1 <10 %; Juni 2006: CT-Thorax/Abdomen: multiple, kleinknotige von der Grösse nicht pathologische Lymphknoten mesenterial und geringer Aszites im Douglas-Raum; Juni 2006: Knochenmarksbiopsie mit 15 %-iger Infiltration durch follikuläres Lymphom; Oktober 2011: PET-CT: hochgradiger Verdacht auf mittel- bis höhergradiger Lymphom-Befall ossär, C3, TH3, L3, Skapula links und Os ilium rechts mit hier ausgedehnter Osteolyse sowie im Acetabulum links. Kein weiterer nodaler Befall; 4. November 2011 bis 11. Mai 2012: Immunotherapie mit 7x Matthera (Rituximab 700mg i.v.); Januar 2012: PET-CT: sehr gute Remission, teilweise komplettes Verschwinden sämtlicher Herde, metabolische Restaktivität Os ilium rechts sowie Spina iliocaposteriorsuperior; Januar 2012: Beckenkamm-Biopsie, FACS und immunzytologisch sowie histologisch kein Tumornachweis; 24. Mai 2012: Beckenkamm-Biopsie rechts, histologisch (Pathologie Universitätsspital B. _____): sekundär transformiertes, diffuses grosszelliges B-Zell-Lymphom ex follikuläres Lymphom mit hoher proliferativer Aktivität (MIB-1 ca. 50 %), kein Nachweis von CD21 positiven Retikulum-Zellen; 2. November 2012 bis 20. Februar 2013: 6 Zyklen R-CHOP-21 i.v.; 17. Januar 2013: CT-Thorax/Abdomen (Klinikum E. _____): sehr gute partielle Remission mit leichter Persistenz einer Infiltration im Bereich der Spina iliaca rechts und kortikaler Osteolysen im rechten Sakrum; 17. November

2014: Ganzkörper-PET-CT: Normalbefund, kein Hinweis für Rezidiv, aktuell in kompletter Remission; leichte wahrscheinlich Chemotherapie-assoziierte Polyneuropathie mit axonaler Betonung. Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten die nachfolgenden Diagnosen: 2. rezidivierende synkopale Episoden, wahrscheinlich funktionelles Geschehen, kein Epilepsie-Nachweis; 3. zeitweise Anpassungsstörung möglich (ICD-10 F43.2), Differentialdiagnose: Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2). Mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit sei gesamtmedizinisch festzuhalten, dass bis Ende Mai 2013 in jeglicher Tätigkeit eine vollschichtige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Ab Juni 2013 sei die Versicherte in einer adaptierten Tätigkeit zu 40 % arbeitsunfähig (bezogen auf ein vollschichtiges Arbeitspensum), wobei Tätigkeiten auf Leitern oder andere Tätigkeiten mit überdurchschnittlicher Beanspruchung der Gleichgewichtsfunktionen vermieden werden sollten (wie zum Beispiel die vor 2003 ausgeübte Tätigkeit als Tänzerin). Im neurologischen Teilgutachten vom 21. September 2015 führte Facharzt für Neurologie Dr. med. L. _____ aus, die Versicherte habe sich in den Jahren 2011 bis 2013 einer Chemotherapie unterzogen. Hierauf hätten sich die Schmerzen verbessert, wobei sich das Gedächtnis und die Sehschärfe verschlechtert hätten. Ebenfalls beklage die Versicherte Depressionen, Ängste und Schlafstörungen, einen häufigen Harndrang sowie nächtliches Zähneknirschen (Bruxismus). In neurologischer Hinsicht beklage die Versicherte ein Kribbeln im linken Bein seit 2013, dem Ende der Chemotherapie, Rückenschmerzen, ein unsicheres Gleichgewicht, weniger Kraft im linken Knie, Blockaden beider Hände sowie nächtliche Verkrampfungen (mit der Grössendauer von etwa 5 Minuten). Anlässlich der durchgeführten neurologischen Abklärung sei die Versicherte kooperativ gewesen, wobei sich die Untersuchung der Wirbelsäule bei der ängstlichen Versicherten schwierig gestaltet habe. Sie habe Druckdolenzen cervico-thoracal und tieflumbal angegeben. Der Bewegungsumfang der Halswirbelsäule gehe von Kinn-Sternum-Abstand 0/18, Rotation rechts links 60°-0-60°, Lateroflexion rechts links 35°-0-35°. Die Mobilisation der Lendenwirbelsäule sei nach allen Richtungen gut, wobei die Versicherte Schmerzen bei der Reklination angegeben habe. Der klinische Status sei insgesamt unauffällig. Ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom könne nicht festgestellt werden. Insgesamt diagnostizierte Dr. med. L. _____ ausschliesslich eine Polyneuropathie mit axonaler Betonung in geringer Ausprägung, welche am ehesten als Folge der durchgeführten Chemotherapie zu sehen sei. Die massgebenden beklagten Beschwerden seien nicht mit der Polyneuropathie zu erklären. Die allgemeine Müdigkeit sei aus onkologischer Sicht zu beurteilen. Zu den depressiven Verstimmungen und Ängsten äussere sich der Psychiater. Bei den von der Explorandin berichteten synkopalen Episoden (welche gemäss der Versicherten ausschliesslich in einer Kirche in ihrer Heimat Z. _____ aufträten, wo sie in Kontakt mit Gott und dem heiligen Geist sei) handle es sich sehr wahrscheinlich um ein funktionelles Geschehen. Eine Epilepsie sei - nicht zuletzt angesichts des normalen EEG-Befundes - unwahrscheinlich. Hinsichtlich der angestammten Tätigkeit als Verkäuferin könne aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. Tätigkeiten auf Leitern oder andere Tätigkeiten mit überdurchschnittlicher Beanspruchung der Gleichgewichtsfunktionen sollten indessen vermieden werden. Dies gelte auch für die früher (jedoch seit 2003 nicht mehr) ausgeübte Tätigkeit als Tänzerin. Nachdem die vorliegende Polyneuropathie nicht mit brennenden und schmerzhaften Dysästhesien einhergehe, sei diesbezüglich keine symptomatische Behandlung erforderlich. Mit einer Progression der Polyneuropathie sei nicht zu rechnen, solange die Chemotherapie nicht wieder aufgenommen werden müsse. Gemäss dem onkologischen Teilgutachten von Dr.

med. M. _____, Facharzt für Onkologie, vom 23. September 2015 ist die Aktenlage nicht komplett. Trotz intensiver Bemühungen sei es nicht gelungen, die relevanten Spitalberichte zu erhalten, weshalb die Beurteilung auf den - teilweise schlecht leserlichen handschriftlichen - im Gutachten aufgelisteten Berichten basiere. Bei der durch die Versicherte während der kombinierten Immuno-Chemotherapie mit RCHOP-21 entwickelten ausgeprägten Müdigkeit und Abgeschlagenheit handle es sich um eine typische therapieassoziierte Fatigue. Die Versicherte beschreibe ausserdem seit der Chemotherapie aufgetretene Schmerzen im Bereich beider Hände sowie Kribbel-Parästhesien der Füsse, gleichfalls wie unspezifische Einschränkungen der kognitiven Funktionen (Verwirrtheit). Die von der Versicherten geschilderten Beschwerden liessen sich zum Teil als Folge beziehungsweise Spättoxizität der eingesetzten kombinierten Immuno-Chemotherapie erklären. Seit der Diagnosestellung des diffusen grosszelligen B-Zell-Lymphoms im Mai 2012 und während der gesamten Dauer der Chemotherapie sowie anschliessend für drei Monate, das heisst bis Ende Mai 2013, sei die Versicherte aus onkologischer Sicht als voll arbeitsunfähig einzuschätzen. Ab Juni 2013 sei aufgrund der verbliebenen Beeinträchtigungen eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % bis auf Weiteres zu attestieren. Dies gelte namentlich auch für die angestammte Tätigkeit in der Firma des Ehemannes. Im psychiatrischen Teilgutachten vom 28. September 2015 gab Dr. med. N. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, als subjektive Beschwerden der Versicherten Müdigkeit, teilweise Schmerzen im Rücken und auch im Knie sowie Blockaden in den Fingern wieder. Daneben fühle sich die Versicherte teilweise verfolgt und belästigt (wobei es bereits zu Stalking, Problemen mit der Polizei und Ämtern oder Ablehnung aufgrund ihrer Hautfarbe gekommen sei, was sie sicher beeinflusst habe). Manchmal sei sie verwirrt, wisse den Weg zur Wohnung zurück nicht mehr oder sie verlege Dinge. Ihren Psychiater Dr. med. J. _____ suche sie seit über drei Jahren alle zwei Wochen auf. Bereits zuvor sei sie in psychologischer Behandlung gewesen, u.a. wegen einer Vergewaltigung. Abgesehen von der Familie, zwei wöchentlichen Kontakten mit einer Tanzlehrerin und einer sehr guten Freundin, die sie jedoch nur selten sehe, pflege sie fast keine Kontakte. Sie fühle sich oft nicht verstanden und ausgegrenzt, weshalb sie sich lieber zurückziehe. Verschiedentlich sei sie schon belästigt worden, zum Beispiel durch die Nachbarschaft. Aktuell fühle sie sich in der Lage, eine berufliche Tätigkeit in Teilzeit auszuüben. Während des Gesprächs hätten sich keine Hinweise auf kognitive Schwierigkeiten, Zwänge, Wahn oder psychotische Phänomene gefunden, der Gedankengang sei formal unauffällig gewesen. Die Versicherte habe bereitwillig und ausführlich auf die Fragen geantwortet. Insgesamt habe die Versicherte, teilweise durch die Lebenssituation bestimmt, aufgrund ihrer Hautfarbe sowie aufgrund des Tumorleidens wiederholt Schwierigkeiten erlebt, welche sie therapeutisch anzugehen versucht habe. Ob tatsächlich die Diagnose einer "Angst und depressive Störung gemischt" zutreffe, lasse sich aufgrund der zur Verfügung gestellten Angaben nicht bestätigen. Es zeige sich keine dauerhafte Angst oder Depressivität. Aktuell erscheine die Versicherte affektiv nicht beeinträchtigt. Das von ihr geschilderte Misstrauen gegenüber anderen Menschen könne aufgrund der Schwierigkeiten in ihrer Vergangenheit gut nachvollzogen werden. Ein kompletter sozialer Rückzug liege dennoch nicht vor. Die teilweisen Anpassungsschwierigkeiten nach belastenden Umständen begründeten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der psychische Gesundheitsschaden sei daher als gering einzustufen. Der Alltag der Versicherten sei dadurch insbesondere nicht wesentlich eingeschränkt. Es liege die Vermutung labiler Persönlichkeitszüge nahe; eine

Persönlichkeitsstörung sei jedoch nicht anzunehmen. Damit sei der Versicherten grundsätzlich aus psychiatrischer Sicht jede berufliche Tätigkeit in vollem Umfang möglich. Aus psychiatrischer Sicht sei ausserdem eine günstige Prognose zu stellen. Die Versicherte verfüge über Ressourcen/adäquate Bewältigungsstrategien und sei motiviert, ihren Zustand zu verbessern (IV-act. 106).

E. 5.20

In der Stellungnahme vom 7. Dezember 2015 hielt Dr. med. F._____ fest, die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit könne als schlüssig bezeichnet werden. Es seien keine weiteren Abklärungen erforderlich. In der zuletzt in der Firma des Ehemannes ausgeübten Tätigkeit sei die Versicherte demnach mit Wirkung ab Juni 2013 zu 60 % arbeitsfähig (IV-act. 112).

E. 5.21

RAD-Psychiaterin Dr. med. O._____ nahm am 9. Dezember 2015 auf der Grundlage der Stellungnahme von Dr. med. F._____ vom 7. Dezember 2015 sowie des polydisziplinären K._____ -Gutachtens vom 5. November 2015, im speziellen des psychiatrischen Teilgutachtens, abschliessend Stellung. Sie wiederholte die im K._____ -Gutachten gestellten Diagnosen. Aus somatischer Sicht könne die gutachterliche Beurteilung als schlüssig bezeichnet werden. Die psychiatrischen Diagnosen seien nachvollziehbar, ausreichend begründet und detailliert aufgelistet. Das psychiatrische Gutachten bilde alle Punkte nachvollziehbar und begründet ab, so dass an diesem bezüglich Diagnostik und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, auch unter Berücksichtigung/nach Prüfung der Standardindikatoren, festzuhalten sei. In psychiatrischer Hinsicht sei der Versicherten jede Tätigkeit in vollem Umfang möglich, eine Einschränkung lasse sich aufgrund des psychischen Zustands nicht begründen. Seit Mai 2012 sei die Versicherte bis Ende Mai 2013 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Ab Juni 2013 sei sie zu 40 % arbeitsunfähig (IV-act. 113).

E. 5.22

Gemäss dem Bericht von Dr. med. H._____ vom 3. Februar 2016 wird die Versicherte infolge eines folliculären Lymphoms, das sich in ein diffuses, grosszelliges Lymphom des Typus B transformiert habe, behandelt. Die Dauer der durch die Behandlung mit Chemotherapie bewirkten Remission könne nicht im Vornherein festgelegt werden. Die Möglichkeit eines Wiederauflebens der Krebserkrankung könne nicht ausgeschlossen werden. Die Krebsbehandlung habe für die Versicherte einschneidende Folgen gehabt, wie zum Beispiel in neurologischer Hinsicht die Entwicklung einer Polyneuropathie der unteren Gliedmassen, welche sehr invalidisierend sei (IV-act. 119 S. 9).

E. 5.23

In einem (in Englisch verfassten) Arztbericht vom 7. März 2016 diagnostizierte Dr. med. J._____ bei der Versicherten die Diagnose "Angst und depressive Störung gemischt" (ICD-10 F41.2) sowie Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung im Sinne einer wahrgenommenen feindlichen Diskriminierung und Verfolgung (ICD-10 Z60). Als Symptome seien grundlose Besorgnis, exzessive emotionale Reaktionen, Konzentrationsschwierigkeiten und Gedächtnislücken, Traurigkeit und Stimmungswechsel, Schlaflosigkeit, Misstrauen, feindliche Gefühle sowie Ungerechtigkeit ihr gegenüber aufgrund ihrer Abstammung zu nennen. Diese Beschwerden seien mit jeglicher beruflichen Tätigkeit, die ein Minimum an Stress impliziere, nicht zu vereinbaren. Dr. med. J._____

bezahlte die Arbeitsfähigkeit auf 0 % (IV-act. 119 S. 10).

E. 5.24

Gemäss Untersuchungsbericht vom 15. März 2016 von Dr. med. Aa._____, Centre Hospitalier de E._____, Laboratoires d'Explorations Neurologiques, beklagt die Versicherte einen Sensibilitätsverlust des grossen Zehs, Krämpfe im rechten Fuss, ein Nachgeben der unteren Gliedmassen, Krampfgefühle in den Fingern sowie nächtliches Zähneknirschen. Die Elektroneurographie habe keine Hinweise für eine Polyneuropathie der unteren Gliedmassen ergeben, die durch die Chemotherapie bewirkt worden sei. Die Gefühlsstörungen könnten dennoch eine Folge der durchgeführten Chemotherapie darstellen, was mittels einer weiteren Untersuchung abzuklären sei. Die Untersuchung habe sodann ein Handwurzelkanalsyndrom sowie Mononeuropathien der kubitalen Nerven an den Ellbogen aufgezeigt, die vermutlich bei wiederholten Bewegungen der rechten Hand aufträten. Es bestehe diesbezüglich keine Notwendigkeit einer Operation (IV-act. 122).

E. 5.25

Im Arztbericht vom 18. März 2016 berichtete die Fachärztin für Neurologie FMH Dr. med. Ab._____ über die neurologische Untersuchung vom 16. März 2016 und stellte erstens die Diagnosen einer Hypästhesie mit subjektiver Schwäche des linken Beines unklarer Ätiologie sowie zweitens eines Non-Hodgkin-Lymphoms ED 2011, anamnestisch Chemotherapie mit Rituximab und Vinchristin von 2011 bis 2013 (IV-act. 121).

E. 5.26

Im Bericht vom 21. März 2016 berichtete Zahnarzt Dr. med. Ac._____, die Versicherte habe eine Reaktion auf die Injektion eines Lokalanästhetikums gezeigt, wobei hierfür wohl das darin enthaltene Adrenalin sowie eine gewisse Ängstlichkeit verantwortlich gewesen seien (IV-act. 122 S. 9).

E. 5.27

Gemäss dem Bericht vom 23. März 2016 ist die Versicherte seit 2001 bei Dr. med. Ad._____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, in Behandlung. Sie werde mit Mistelpräparaten und anderen anthroposophischen Medikamenten behandelt und sei nicht in der Lage, einer Arbeit nachzugehen (IV-act. 122 S. 8).

E. 5.28

Gemäss dem Arztbericht von Dr. med. Ae._____ vom 5. Mai 2016 weist die Versicherte aufgrund eines Urogramms eine kleine Ausdehnung der Harnwege in der rechten Niere auf (IV-act. 126 S. 2).

E. 5.29

Am 18. Mai 2016 nahm RAD-Arzt Dr. med. F._____ zu den Einwänden der Versicherten sowie den im Vorbescheidverfahren neu eingereichten medizinischen Unterlagen Stellung. Er hielt fest, der Einwand könne aus somatisch-medizinischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Die neu eingereichten Unterlagen enthielten keine neuen medizinischen Erkenntnisse. Es sei deshalb an den Schlussfolgerungen des K._____ -Gutachtens festzuhalten (IV-act. 127).

E. 5.30

Auch RAD-Ärztin Dr. med. O. _____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 23. Mai 2016 in psychiatrischer Hinsicht an der von ihr festgestellten Schlüssigkeit des psychiatrischen Teilgutachtens des K. _____ fest. Die neu eingereichten Berichte enthielten keine neuen psychiatrischen Diagnosen mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Insbesondere begründeten Angst und Depression (ICD-10 F41.2), Anpassungsschwierigkeiten (ICD-10 F43.2) sowie Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung, soziale Ausgrenzung oder Ablehnung und Zielscheibe feindlicher Diskriminierung und Verfolgung (ICD-10 Z60) keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit mit Invalidisierung. Die durch Dr. med. I. _____ sowie den Gutachter Dr. med. N. _____ nachvollziehbar dokumentierten reaktiven Anpassungsschwierigkeiten auf belastende Lebenssituationen in der Form von depressiven Verstimmungen und Ängsten (u.a. begründet durch den sozialen Kontext) begründeten aus versicherungsmedizinischer Sicht keine andauernde Invalidisierung. Das K. _____-Gutachten zeige an mehreren Stellen auf, dass die Versicherte eine adäquate emotionale Reaktion je nach erzähltem Inhalt (sowohl Traurigkeit mit weinen, aber auch strahlen/lachen) aufweise. Die vom behandelnden Psychiater im Bericht vom 7. März 2016 beschriebenen Symptome seien nicht neu, lägen jedoch auch nicht in einem so erheblichen Ausmass vor, dass die Angst und die Depression nach ICD-10-Klassifizierung jeweils in einer eigenständigen Diagnose verschlüsselt werden könnten. Dies rechtfertige keine volle Arbeitsunfähigkeit. Ebenso wenig sei eine Invalidisierung bei nicht starker Ausprägung und nicht anhaltender Dauer gerechtfertigt und widerspräche auch der Aussage der Versicherten, die gemäss K. _____-Gutachten selber angegeben habe, sich in der Lage zu fühlen, eine Tätigkeit im Teilzeitpensum auszuüben. Schliesslich werde die Versicherte aktuell gemäss dem neuesten psychiatrischen Arztbericht vom 7. März 2016 in psychiatrischer Hinsicht nicht mehr medikamentös behandelt (IV-act. 128).

5.31 Im vorliegenden Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin die nachfolgenden neuen medizinischen Berichte ein:

5.31.1 In zwei Berichten vom 11. Mai 2012 sowie vom 18. Juni 2012 (es wurde jeweils nur die erste Seite eingereicht) bestätigte Dr. med. R. _____ der Onkologie Dreiländereck S. _____ die bereits im Bericht vom 6. März 2012 (vgl. vorangehend E. 5.1) gestellte Diagnose eines folliculären Lymphoms des Grades 1-2, Stadium IV A ED 5/06. Im Bericht vom 11. Mai 2012 verordnete Dr. med. R. _____ die Fortsetzung der Therapie mit Mabthera und setzte einen Termin zur Verlaufskontrolle an. Gemäss dem Bericht vom 18. Juni 2012 hat die Verlaufskontrolle den Verdacht auf ein grosszelliges B-Zell-Lymphom bestätigt, weshalb sich eine R-CHOP-artige Chemotherapie empfehle. Zusätzlich sei eine Bestrahlung zu diskutieren. Die Versicherte sei noch unentschlossen (BVGer-act. 15, Beilagen 3 und 4).

5.31.2 Im Bericht vom 14. Juni 2012 informierte Dr. med. H. _____ den Hausarzt der Versicherten Dr. med. G. _____, dass die Versicherte nach eigenen Angaben seit November 2011 mit Rituximab in Monotherapie behandelt werde. Eine Chemotherapie-Sitzung habe bereits stattgefunden sowie partiell eine zweite. Eine osteomedulläre Biopsie unter Anästhesie sei kürzlich erstellt worden. Ein Vergleich der Bilder von Oktober 2011 mit jenen von 2012 erlaube es nicht, den spezifischen Charakter der durch das Lymphom verursachten zervikalen Schädigungen festzustellen (BVGer-act. 15, Beilage 9).

5.31.3 Dr. med. H. _____ erklärte im Bericht vom 16. April 2013 zu Handen von Dr. med. G. _____, aufgrund des festgestellten transformierten folliculären Lymphoms sei eine ambulante Behandlung in sechs Sitzungen vom Typus R-CHOP 21 beschlossen worden. Um ein gutes Ergebnis zu erzielen, sei eine Intensivierung der Therapie in Erwägung zu ziehen. Die Versicherte wolle diese hinauszögern. Da in einem Standardfall 8 Sitzungen vorgesehen seien, erscheine die

Behandlung vorliegend unvollständig. Eine weitere Auswertung der Scanographie sei vorgesehen (BVGer-act. 15, Beilagen 1 und 10 [doppelt eingereicht]). 5.31.4 Im Arztbericht vom 23. Januar 2014 berichtete Dr. med. R._____ über die durchgeführte Therapie mit Mabthera (Standardbehandlung) in der Zeit vom 4. November 2011 bis zum 11. Mai 2012 (BVGer-act. 15, Beilage 5). 5.31.5 Im Kurzbericht vom 25. Februar 2016 befand Dr. med. J._____ die Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig aufgrund von "Angst und depressive Störung gemischt" sowie wahrgenommener feindlicher Diskriminierung und Verfolgung (BVGer-act. 15, Beilage 29). 5.31.6 Dr. med. Ae._____ erklärte im Bericht vom 4. Mai 2016 nach der Durchführung eines Urogramms, die Versicherte weise eine kleine Ausdehnung der Harnwege, mit einem geschätzten Schaft von 5 Millimetern, auf. Daneben liege eine Diskarthrose im Bereich L4-L5 sowie eine iliosakrale Osteosklerose rechts vor (BVGer-act. 15, Beilage 27). 5.31.7 Gemäss dem Bericht von Dr. med. I._____ vom 4. September 2016 leidet die Versicherte an wiederholten Lumbalgien mit Ischiasbeschwerden rechts ("avec sciatiques droites") im Bereich L5, im Kontext einer lumbalen Hyperlordose sowie Status nach Lymphom im Jahr 2006 (BVGer-act. 6, Beilagen 3 und 4 [Transkription des handschriftlichen Berichts]). 5.31.8 Gemäss dem Bericht von Dr. med. I._____ vom 16. September 2016 leidet die Versicherte an den Folgen eines follikulären Non-Hodgkin-Lymphoms, an wiederholten Lumbalgien, an einer Hyperlordose sowie an paravertebralen, ausgedehnten Verkrampfungen, an einem reaktiven depressiven Zustand, an zeitweisen Nierenleiden sowie an Problemen beim Harnlösen mit einer nierenbedingten Bauchkrampfepisode links, welche medikamentös behandelt werde. Dieser Zustand verunmögliche jede Arbeit im Restaurantbetrieb (BVGer-act. 6, Beilagen 5 und 6 [Transkription des handschriftlichen Berichts]). 5.31.9 Dr. med. P._____, Spitalarzt der Spitalgruppe physische Medizin, Wiedereingliederung und Rheumatologie des Centre Hospitalier de E._____, befand im Bericht vom 26. September 2016, die Versicherte weise eine nicht defizitäre Lumboischialgie L5 links mit Rachialgie auf. Die kinesitherapeutischen Behandlungen, Rehabilitätsbemühungen sowie medikamentösen Therapien seien ausgeschöpft. Aufgrund der Symptomatologie habe er ein MRI angeordnet (BVGer-act. 10, Beilage 1). 5.31.10 Daneben reichte die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 6. Februar 2017 dem Bundesverwaltungsgericht diverse Therapieprotokolle (betreffend die durchgeführte Chemotherapie) von Februar 2012 bis Februar 2013 ein (BVGer-act. 15, Beilagen 11-21). Diese Protokolle enthalten indessen weder Diagnosen oder Befunde noch eine Umschreibung des Gesundheitszustands der Versicherten.

E. 6

Nach Durchsicht des umfangreichen medizinischen Dossiers ist die von der Vorinstanz eingeholte Begutachtung des K._____ vom 5. November 2015 ist in mehrerer Hinsicht zu bemängeln.

E. 6.1

Eindrücklich offenbarte der onkologische Teilgutachter Dr. med. M._____, er habe trotz intensiver Bemühungen die relevanten Spitalberichte nicht erhalten. Damit musste er sich für die Beurteilung der - vorliegend im Zentrum stehenden - Krebserkrankung auf eine unvollständige Aktenlage respektive einige handschriftliche Arztberichte basieren. Die Vorinstanz hätte sich mit dieser auf einer unvollständigen medizinischen Aktenlage basierenden onkologischen Begutachtung nicht genügen dürfen. Vielmehr hätte sie dafür sorgen müssen, dass der onkologische Teilgutachter vor seiner Begutachtung über die vollumfänglichen medizinischen Unterlagen verfügt. Sie hätte die erforderlichen

Unterlagen entweder mittels der von der Beschwerdeführerin unterzeichneten Vollmacht direkt beim Centre Hospitalier de E._____ einverlangen oder die Beschwerdeführerin unter Verweis auf ihre Mitwirkungspflicht anhalten müssen, ihrerseits die erforderlichen Unterlagen einzuholen. Auf die Schlussfolgerungen des onkologischen Facharztes des K._____ kann daher - selbst bei im Übrigen einwandfreier Begutachtung - nicht ohne Weiteres abgestellt werden.

E. 6.2

Im neurologischen Teilgutachten erwähnte der K._____ -Gutachter Dr. med. L._____ Rückenschmerzen als von der Versicherten beklagte Beschwerden. In seiner diesbezüglichen Abklärung beschränkte er sich jedoch einzig auf eine klinische Untersuchung, wobei sich diese "schwierig gestaltet" habe. Trotz der von der Versicherten mehrfach geäusserten Schmerzen anlässlich der Untersuchung sowie der angegebenen Druckdolenzen schloss er auf einen insgesamt unauffälligen klinischen Status. Insbesondere habe er kein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom feststellen können. Die Abweichung zu dem in den ihm vorgelegenen Medizinalakten ersichtlichen Befund von Dr. med. I._____ begründete Dr. med. L._____ nicht. Aus dem neurologischen Teilgutachten ist insbesondere nicht zu entnehmen, dass Dr. med. L._____ seinen Befund, insbesondere das Fehlen eines Reizsyndroms, mittels eines MRI u.ä. verifiziert hätte.

E. 6.3

In den im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten Berichten werden die Rückenprobleme der Beschwerdeführerin mehrfach wiederholt sowie genauer dargelegt. So stellte Dr. med. Ae._____ - wohl ausserhalb seines Fachgebiets - im Bericht vom 4. Mai 2016 die Diagnosen einer Diskarthrose im Bereich L4-L5 sowie einer Iliosakral-Osteosklerose rechts (E. 5.31.6). Dr. med. I._____ sprach in seinen Berichten vom 4. September 2016 sowie vom 16. September 2015 von wiederholten Lumbalgien mit Sciatica rechts sowie einer Hyperlordose, welche zu ausgedehnten Verkrampfungen führe (E. 5.31.7 und 5.31.8). Schliesslich diagnostizierte auch Dr. med. P._____ im Bericht vom 26. September 2016 eine Lumboischialgie L5 links mit Rachialgie (E. 5.31.9). Die letzteren Arztberichte können vorliegend, obwohl sie erst nach dem Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung datieren, berücksichtigt werden, da sie Rückschlüsse auf den vorliegend zu beurteilenden Gesundheitszustand der Versicherten im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung erlauben (E. 4.2). So beziehen sie sich auf Beschwerden, welche bei der Versicherten teilweise bereits im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung dokumentiert waren respektive die infolge des kurzen Zeitablaufs seit Erlass der angefochtenen Verfügung nach der allgemeinen Lebenserfahrung nicht erst nachher erstmals neu aufgetreten sein können.

E. 6.4

Die zu grössten Teilen neueren, erst nach der Begutachtung der Versicherten durch das K._____ datierenden Arztberichte stellen die Vollständigkeit der Begutachtung des K._____ in Frage. Unabhängig von der Schlüssigkeit des K._____ -Gutachtens erfordert insbesondere die von Dr. med. Ae._____ neu erwähnte Diskarthrose der Wirbelsäule eine entsprechende fachärztliche Abklärung in orthopädischer Hinsicht. Indem das K._____ -Gutachten keine orthopädische Teilbegutachtung enthält, erscheint es bereits aus diesem Grunde unvollständig. Die durch die behandelnden Ärzte der Versicherten mehrfach (zum Teil bereits vor der polydisziplinären Begutachtung im

K._____) gestellte Diagnose Lumboischialgie bezeichnet ein lumbosakrales Wurzelreizsyndrom. Dies widerspricht der (nicht begründeten) Feststellung von Dr. med. L._____, wonach kein radikuläres Reizsyndrom festzustellen sei. Mangels Vorliegens entsprechender bildgebender Befunde erscheint damit der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in orthopädischer respektive neurologischer Hinsicht (betreffend ein allfälliges radikuläres Reizsyndrom) nicht hinreichend geklärt. Sollten bei der Versicherten insbesondere die Diagnosen der Lumboischialgie respektive der Diskarthrose medizinisch nachgewiesen werden, so wäre eine zusätzliche Auswirkung dieser Erkrankungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht auszuschliessen.

E. 6.5

Schliesslich erscheint das K._____-Gutachten insgesamt in einer weiteren Hinsicht unvollständig respektive widersprüchlich. So stellte der onkologische Fachgutachter Dr. med. M._____ fest, die von der Versicherten geschilderten somatischen Beschwerden (Schmerzen und Blockaden im Bereich beider Hände sowie Kribbel-Parästhesien der Füsse sowie des linken Beines, ein unsicheres Gleichgewicht, weniger Kraft im linken Knie, Blockaden beider Hände sowie nächtliche Verkrampfungen) liessen sich lediglich zum Teil als Folge beziehungsweise Spättoxizität der eingesetzten kombinierten Immuno-Chemotherapie erklären. Obwohl damit die durchgeführte Chemotherapie keine vollständige Erklärung für die von der Beschwerdeführerin u.a. beklagten Gefühlsstörungen respektive neurologischen Beschwerden erlaubt, hat sich der neurologische Gutachter nicht detailliert mit diesen Beschwerden auseinandergesetzt. Diese Unterlassung stellt ebenfalls die Vollständigkeit sowie den Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens und damit auch des Gesamtgutachtens in Frage (vgl. hierzu E. 4.10). Entsprechend hatte bereits der Neurologe Dr. med. Aa._____ des Centre Hospitalier de E._____ ausdrücklich auf das Erfordernis einer weiteren Untersuchung in Bezug auf die Frage, ob die beklagten Gefühlsstörungen eine Folge der durchgeführten Chemotherapie darstellen, hingewiesen (E. 5.24).

E. 7

Nach dem Gesagten fehlt in den vorliegenden Akten eine rechtsgenügende und umfassende Beurteilung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin, insbesondere in onkologischer, orthopädischer sowie in neurologischer Hinsicht. Damit hat die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt nicht vollständig festgestellt und gewürdigt (vgl. Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG).

E. 7.1

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung hat das Gericht, das den Sachverhalt als ungenügend abgeklärt erachtet, die Wahl, die Sache zur weiteren Beweiserhebung an die Verwaltung zurückzuweisen oder selber die nötigen Instruktionen vorzunehmen. Bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit verletzt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung als solche weder den Untersuchungsgrundsatz noch das Gebot eines einfachen und raschen Verfahrens. Anders verhielte es sich nur dann, wenn die Rückweisung an die Verwaltung einer Verweigerung des gerichtlichen Rechtsschutzes gleichkäme (beispielsweise dann, wenn auf Grund besonderer Gegebenheiten nur ein Gerichtsgutachten beziehungsweise andere gerichtliche Beweismassnahmen geeignet wären, zur Abklärung des Sachverhalts beizutragen, vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4), oder wenn die Rückweisung nach den konkreten Umständen als unverhältnismässig bezeichnet werden müsste (BGE

122 V 163 E. 1d; vgl. zum Ganzen: Urteil des BVGer C-1767/2015 vom 7. Februar 2017 E. 4.5).

E. 7.2

Nachdem vorliegend eine umfassende Beurteilung des Gesundheitszustands (sowie darauf basierend der Arbeitsfähigkeit) der Beschwerdeführerin fehlt, erscheint eine Rückweisung an die Vorinstanz gerechtfertigt - dies auch unter dem Gesichtspunkt, dass damit der Beschwerdeführerin der doppelte Instanzenzug gewahrt bleibt (vgl. BGE 137 V 210, E. 3.4). Die angefochtene Verfügung vom 17. Juni 2016 ist daher aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese - nach Vervollständigung der medizinischen Unterlagen in onkologischer Hinsicht - eine umfassende interdisziplinäre Begutachtung insbesondere in onkologischer, orthopädischer, neurologischer und psychiatrischer Hinsicht einhole und anschliessend neu über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verfüge. In diesem Sinne ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen.

E. 8

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 8.1

Gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG auferlegt das Bundesverwaltungsgericht die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuer Verfügung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 137 V 57 E. 2.1 m.H.), womit der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist ihr entsprechend nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihr zu benennendes Konto zurückzuerstatten.

E. 8.2

Da der obsiegenden Beschwerdeführerin, welche im vorliegenden Verfahren nicht anwaltlich vertreten war (die im Zusammenhang mit den anwaltlichen Verbeistandungen im vorinstanzlichen Verfahren angefallenen Kosten können vorliegend nicht berücksichtigt werden), keine verhältnismässig hohen Kosten entstanden sind, ist ihr keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG und Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). (Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite.)

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.